ITEM 197 : SPONDYLOARTHRITE

Spondylarthropathie = rhumatisme inflammatoire chronique partageant des manifestations cliniques et radiologiques et un terrain génétique : **spondylarthrite ankylosante**, **rhumatisme psoriasique**, **arthrites réactionnelles**, **arthrites associées aux MICI, les formes juvéniles** et **spondylarthropathies indifférenciées (± SAPHO : synovite, acné, pustulose, hyperostose, ostéite).**

- Lésion élémentaire = **atteinte des enthèses (=/= synovite dans la PR)** : zone d'insertion des tendons, ligaments, capsules et fascias sur l'os, située au voisinage des articulations synoviales, des amphiarthroses (symphyse pubienne, articulation manubrio-sternale, disque intervertébral) et des diarthroses fibreuses (sacro-iliaque, sterno-claviculaire ou acromio-claviculaire). Douleurs inflammatoire réveillée par la pression ou la mise en tension de l'enthèse.
- Prévalence globale = **0,35 %** en France, prédominance masculine (1,5/1), majorité des cas débute < **35 ans (rare après 45 ans = formes à début tardif).**
- Classification phénotypique : . **Spondyloarthrite axiale** : radiographique (sacro-iliite radiographique) ou non radiographique.
  . **Spondyloarthrite périphérique articulaire** : érosive ou non érosive.
  . **Spondyloarthrite périphérique enthésitique.**

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Syndrome axial pelvi-rachidien

Dorso-lombalgie	= **Rachialgies inflammatoires chroniques > 3 mois** : - Débute à la charnière thoraco-lombaire, puis extension descendante ou ascendante. - Forme évoluée : . **Raideur axiale** : ↘ indice de Schöber ou inflexion latérale lombaire . **Ankylose rachidienne** : disparition de la lordose lombaire (↘ de la distance L3-mur)
Sacro-iliite	= **Pygalgie** ou **fessalgie** : d'horaire inflammatoire, unilatérale, bilatérale ou à bascule. - Pouvant mimer une sciatalgie tronquée : sans caractère neurogène (ø dysesthésie, ø paroxysme douloureux), sans trajet radiculaire. - **Test de Patrick** : douleur déclenchée par manœuvres de cisaillement des sacro-iliaques (maintenues 20 secondes, ≥ 3 manœuvres positives).
- Atteinte de la paroi thoracique antérieure par atteinte des **articulations sterno-claviculaires** et **manubrio-sternale +/- chondrosternales** : ↘ ampliation thoracique (périmètre thoracique en expiration et inspiration).	

Syndrome articulaire périphérique	**- Oligoarthrite des grosses articulations,** notamment des **membres inférieurs (genou ++, cheville).** **- Atteinte coxo-fémorale = coxite** : fréquente, redoutable. **- Arthrites des IP distales** : évocateur de rhumatisme psoriasique ++. - **Dactylites** ou **doigts/orteils en « saucisse »** = atteinte inflammatoire de l'ensemble d'un doigt/orteil (MTP, IPP et IPD) = arthrite tripolaire + ténosynovite associée à une **enthésite** : tuméfaction globale de l'orteil ou du doigt. Le plus souvent dans les rhumatismes psoriasiques (signe clinique retenu dans les critères CASPAR).
Syndrome enthésitique	➞ Toutes les enthèses peuvent être atteintes, avec une localisation préférentielle aux MI. **Talalgie** (plus fréquente et la plus caractéristique) : d'horaire inflammatoire, survenant le matin au lever dès le 1er pas et ↘ dans la journée ➞ très évocatrice si sujet jeune, bilatérale ou à bascule. - Palpation : . **Talalgie plantaire inférieure** : aponévrosite plantaire inférieure (sous le calcanéus). . **Talalgie postérieure** : enthésite du tendon achilléen ou bursite pré- ou rétro-achilléenne. Autres enthésites : **tubérosité tibiale antérieure, grand trochanter, ischion, crêtes iliaques, coudes.**

Syndrome extra-articulaire

Uvéite aiguë	= Survient dans **20-30 %** des cas, parfois inaugurale, uni- ou bilatérale, ou à bascule. - Généralement antérieure, non granulomateuse, pauci-symptomatique, parfois sévère. - Risque de **synéchies** en cas de répétition sans traitement efficace.
MICI	- **Diarrhées chroniques** ± glairo-sanglantes (selles nocturnes), **amaigrissement** ou **douleurs abdominales** ➞ doit faire rechercher un **Crohn** ou une **RCH** chez un patient suspect de spondylarthropathie. - Fissurations anales, pancolite, sténoses inflammatoires…
Psoriasis	- Localisation typique : **unguéal** ++, **cuir chevelu**, **ombilic**, **plis** (psoriasis inversé). - Autres : psoriasis vulgaire en plaque, en goutte, pustulose palmoplantaire, hydroadénite suppurée (Maladie de Verneuil). Précède le + souvent de 10 ans la survenue du rhumatisme psoriasique.
Cardiaque	- **Trouble du rythme/conduction** lors des poussées (rare). - **Insuffisance aortique** (tardive).

DIAGNOSTIC

Critères ASAS

= Chez les patients avec rachialgies > 3 mois et âge < 45 ans : - Diagnostic si : . **Sacro-iliite à l'imagerie + ≥ 1 signe de spondylarthropathie.** . **HLA B27 positif + ≥ 2 signes de spondylarthropathie.** . **Arthrite/enthésite/dactylite + ≥ 1 signe (**uvéite, MICI, psoriasis, infection préalable, HLA-B27, Sacro-ilite**) OU ≥ 2 autres signes** (arthrite, enthésite, dactylite, rachialgie inflammatoire, ATCD familial).	
Sacro-iliite à l'imagerie	- Inflammation active à l'IRM fortement suggestive de sacro-iliite. - Sacro-iliite radiologique stade ≥ 3 unilatéral ou ≥ 2 bilatéral selon les critères de New York.

TYPES DE SPONDYLARTHROPATHIES		Signes de spondyl-arthropathie	- **Rachialgie inflammatoire.** - **Arthrite.** - **Enthésite** (talon). - **Uvéite.**	- **Dactylite.** - **Psoriasis.** - **MICI.** - **Bonne réponse aux AINS.**	- **Antécédent familial de spondylarthropathie.** - **HLA B27.** - **CRP élevée.**
	Autres scores diagnostiques		- **Critères d'Amor** : diagnostic si > 6. - **Critères ESSG** : diagnostic si 1 critère majeur + 1 critère mineur.		
	Spondylarthrite axiale radiographique		**= Ex- Spondylarthrite ankylosante.** = **Atteinte axiale** conduisant à une **ankylose** : forme typique, la plus sévère, évoluant par poussées. - **Syndrome pelvi-rachidien prédominant** (douleur lombaire/dorsale, sacro-iliite), évoluant vers une **ankylose rachidienne complète** (ossification des enthèses) dans les formes sévères. - **Atteinte rhumatismale périphérique** dans 50 % des cas. - Atteinte extra-articulaire : **uvéite antérieure aiguë** (10-30 % des cas), parfois révélatrice, d'évolution indépendante de l'atteinte rhumatismale.		
	Rhumatisme psoriasique		- Principalement **périphérique** : atteinte des IPD ++, sans association HLA. - Parfois **axiale** : associée à HLA B27.		
	Arthrite réactionnelle		= **Arthrite aseptique**, parfois associée à une **conjonctivite**, une **urétrite** (homme)/**cervicite** (femme) ou une **diarrhée**, survenant quelques semaines après une infection génitale ou digestive. - **Syndrome urétrite-conjonctivite-arthrite de Fiessinger-Leroy-Reiter** = forme complète. - Germe : ***Chlamydia trachomatis***, ***Shigella*** *flexnerii*, ***Yersinia*** *pseudotuberculosis*, ***Salmonella*** *enteritidis et typhimurium*, ***Campylobacter*** *jejuni.* - Association à **HLA-B27** dans 50-95 % des cas. - **Évolution chronique de l'atteinte articulaire** dans 10 à 20 % des cas : vers une spondylarthrite ankylosante.		
	Associée aux MICI		**- Atteintes périphériques** ou **sacro-iliite radiologique** (le plus souvent asymptomatique) dans 10 à 20 % des cas MICI (maladie de Crohn ou RCH) : évolution parallèle à l'atteinte digestive. **- Atteinte axiale complète** plus rare (< 5 %) : évolution indépendante de l'atteinte digestive. - Association possible à une **maladie de Verneuil.**		
	Indifférenciée		= Spondylarthropathie répondant aux critères ESSG, d'Amor ou ASAS, sans association autre. - Forme bénigne, d'évolution possible vers une forme différenciée. **- Enthésite périphérique** : manifestation clinique la plus fréquente (90 % des patients).		
BILAN COMPLÉMENTAIRE	Bio		- **VS/CRP** : ↗ chez 60 % des patients en phase de spondylarthropathie non traitée, avec syndrome inflammatoire plus modeste que dans les autres rhumatismes inflammatoires.		
	Rx standard		= Clichés : **. Rachis cervical, thoracique et lombaire** de face et de profil. **. Cliché de De Sèze** = rachis lombaire + bassin de face. - Au rachis cervical = **cliché de face bouche ouverte**, **profil** et **profil flexion** et **extension** : atteinte identique à la PR, surtout en cas de rhumatisme psoriasique. <u>Ne pas confondre</u> : - Enthésophyte : ossification cicatricielle le long d'une enthèse périphérique (épine calcanéenne++). Non spécifique → sollicitation mécanique. - Ostéophyte : excroissance osseuse en périphérie d'une articulation ou d'une vertèbre (bec de perroquet). Processus dégénératif (arthrose). - Syndesmophyte : ossification enthèse vertébrale, spécifique des SpA. Direction verticale, aspect fin, non grossier).	
		Stades d'enthéso-pathie	- 0 : infra-radiologique. - 1 : **érosion** ou **irrégularité** du cortex, **ostéopénie sous-chondrale** à l'insertion de l'enthèse. - 2 : **érosion** avec **ébauche d'apposition périostée.** - 3 : **enthésophyte** = ossification cicatricielle le long de l'enthèse. - 4 : **ankylose.**	
		Charnière thoraco-lombaire	- **Signe de Romanus** (atteinte précoce) : « coin brillant » par inflammation de l'enthèse. - **Érosion de l'angle antérieur de la vertèbre** (en « timbre-poste », « mise au carrée »). - **Ossification sous-ligamentaire** : **syndesmophytes** ascendant ou descendant. - **Colonne « bambou »** ou **aspect en « rail de chemin de fer »** dans les formes ankylosantes : constitution d'ossifications des ligaments intervertébraux le long du rachis.	
		Sacro-iliaque	= Enthésopathie prédominante à la partie basse de l'articulation et sur le versant iliaque. - Atteinte radiologique visible après une évolution de **7 ans en** moyenne. - **Critères de New York** modifiés : diagnostic de sacro-iliite radiologique si grade ≥ 2 bilatéral ou grade ≥ 3 unilatéral.	
	IRM		= Diagnostic précoce en 2de intention si Rx normales : remaniements inflammatoires. - Atteinte sacro-iliaque : **œdème osseux** en hyposignal T1/hypersignal T2 et STIR des berges sacro-iliaques.		
	Autre imagerie		**- Echographie-Doppler des enthésopathies périphériques** (talon…) **- Scintigraphie osseuse au ^{99m}Tc** : diagnostic positif d'enthésite avec une grande sensibilité, étude simultanée de l'ensemble du squelette, faible spécificité.		

	HLA B27		= Très fortement associé à la spondylarthrite ankylosante : **risque relatif = 200.** - Prévalence : 6-8 % dans la population générale, **90 %** dans la spondylarthrite ankylosante, 63-75 % dans l'arthrite réactionnelle et 50-70 % dans le rhumatisme psoriasique ou la spondylarthropathie associée aux MICI. - N'écarte pas le diagnostic si négatif (10 % de spondylarthrites ankylosantes HLA B27-). - Conforte le diagnostic sans l'affirmer si positif (97 % des HLA-B27+ n'ont pas de spondylarthropathie). ➝ Utile seulement en cas de doute diagnostique.
	Autres		- Manifestations extra-articulaires : **ECG, EFR**…
TTT	Antalgique	**AINS**	= TTT de référence : efficace dans **> 70 %** des cas sur la lombalgie au début de la maladie. - Efficacité rapide en **< 48 h**, rechute douloureuse rapide < 48 h à l'arrêt. - A dose optimale, si possible avec une prise **le soir** d'une **forme à libération prolongée.** - Essai d'autres AINS si échec à 2 semaines ➝ **échec des AINS** si résistant à 2 AINS sur 4 semaines au total. - Propionique et indolique : familles les plus active. Pas de diclofénac au long cours (risque CV).
		- Antalgique et **myorelaxant** : en complément des AINS, surtout si enthésopathie ou atteinte rachidienne.	
	Locaux		- **Geste local** (si non réponse au TTT) : **.** Arthrite : **infiltration corticoïde, synoviorthèse isotopique.** **.** Enthésite : **infiltration cortisonique.** - **Rééducation** : **physiothérapie, ergothérapie** et **techniques d'appareillage.**
	TTT de fond		- Indication : patient ne répondant pas ou partiellement aux AINS et aux gestes locaux (EVA, SIB, BASDAI, ASDAS…) - **Spondyloarthrite axiale** : anti-TNF, anti-IL-17, JAKi. - **Spondyloarthrite périphérique articulaire** : csDMARD (méthotrexate), PDE4i (en option selon réponse) puis anti-TNF, anti-IL-17, anti-IL-23, anti-IL-12/23, JAKi. - **Spondyloarthrite périphérique enthésitique** : anti-TNF, anti-IL-17, anti-IL-23, anti-IL-12/23, JAKi. → Évaluation à chaque étape sous traitement ciblé, à 3 mois : **.** Si objectif atteint ou réponse favorable (diminution de 50 % de l'activité) : continuer le traitement. **.** Si objectif non atteint ou réponse insuffisante : passer à l'étape suivante de traitement. **.** En cas de rémission prolongée (au moins 6 mois), espacement du traitement de manière prudente possible.
	DMARD	**Sulfasalazine**	- Surtout efficace dans les formes périphériques et dans les uvéites récidivantes. - Action modeste/inexistante dans les formes axiales.
		Méthotrexate	- Surtout efficace dans les formes périphériques, en cas de rhumatisme psoriasique ++. - Action non démontrée sur l'atteinte axiale.
		Léflunomide	- Surtout utilisé en cas de rhumatisme psoriasique périphérique.
		Aprémilast	- Inhibiteur de la PDE4 utilisé dans le rhumatisme psoriasique.
	Bio médicaments	**Anti-TNFα**	- Prescription initiale hospitalière, après avis d'expert, sur ordonnance spéciale après obtention de l'ALD. - **Etanercept, adalimumab, certolizumab, golimumab (**SC**)** : AMM pour le rhumatisme psoriasique et la spondylarthrite axiale. - **Infliximab (**IV**)** : AMM pour la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique.
		Indication	- **Échec de ≥ 2 AINS pendant ≥ 1 mois.** - En présence de **signes objectifs d'inflammation** : synovite, CRP, imagerie.
		Forme axiale	- **BASDAI ≥ 4** ou **ASDAS ≥ 2,1.**
		Forme périphérique	- Échec de ≥ 1 DMARD (sulfasalazine, méthotrexate, léflunomide). - Nombres d'articulations gonflées et douloureuses **≥ 3.**
		Enthésite	- Douleur ≥ 4 (**BASDAI**) avec signes objectifs d'inflammation.
		Anti IL 17	- **Sécukinumab** : Rhumatisme psoriasique et spondylarthrite ankylosante. Injection SC.
		Anti IL 23/12	- **Ustékinumab** : Rhumatisme psoriasique périphérique. Pas d'efficacité sur forme axiale. Injection SC.
	Chirurgie		- **Remplacement prothétique articulaire** (coxite en particulier…) - **Libération articulaire** (articulation temporo-maxillaire ankylosée…) - **Ostéotomie rachidienne de correction** en cas de cyphose dorsale majeure.
	Mesures associées		- **Kinésithérapie** avec extension rachidienne, autograndissement, postures anti-cyphose, mobilisation des hanches en extension, travail de l'amplitude respiratoire. - Activité physique régulière. - **Sevrage tabagique.** - Spondylarthrite sévère = ALD 30, PEC à 100 %.

SUIVI	Suivi clinique	= Consultations régulières : tous les 3 à 6 mois selon l'évolutivité de la maladie. - **Atteinte axiale** : EVA rachidienne, nombre de réveils nocturnes, taille, courbures physiologiques (indice de Schöber, lordose lombaire, cyphose dorsale et cervicale), ampliation thoracique. - **Atteinte périphérique** : nombre d'articulations douloureuses et gonflées. - **Enthésopathie** : nombre d'enthèses douloureuses (spontanée et à la palpation et mise en tension). - **Atteinte extra articulaire** : surface atteinte (psoriasis), diarrhée, douleurs abdo (MICI), uvéite.
	Score de suivi	- **Index d'activité BASDAI** (*Disease Activity*) = auto-questionnaire de 6 questions, score de 0 à 10 : selon la douleur, la fatigue, le dérouillage matinal lors de la semaine précédant l'évaluation. Maladie active > 4. - **ASDAS :** CRP/VS, trois questions du BASDAI et EVA. Maladie inactive si < 1,3 et très active si > 3,5. - BASFI : retentissement fonctionnel de la spondyloarthrite.
	Suivi	- **Surveillance régulière de la VS/CRP** en cas de syndrome inflammatoire biologique, créatinine (utilisation prolongée AINS). - **Rx du rachis cervical, lombaire et bassin** tous les 2 à 3 ans dans les formes évolutives uniquement.
PRONOSTIC	- Facteurs de mauvais pronostic : coxite, dactylite, début précoce < 16 ans, syndrome inflammatoire important, résistance aux AINS, tabagisme actif, présence de syndesmophytes au diagnostic. BASFI : retentissement fonctionnel (ankylose rachidienne, atteinte des hanches…) ➙ Tabagisme : facteur de progression radiologique vers l'ankylose et de moindre réponse aux anti-TNFα.	
	Complications	- **Amylose AA** : en cas de spondylarthrite non traitée. - Atteinte pulmonaire : **syndrome restrictif, fibrose pulmonaire, dysplasie bulleuse kystique des apex.** - Atteinte cardiaque : **insuffisance aortique, trouble de conduction (BAV).** - Atteinte osseuse : **ostéoporose** avec **risque fracturaire** (surtout sur colonne en bambou, avec risque de fracture trans-corporéales et trans-discales instable et de complications neurologiques). - Complications des traitements. - Dilatation du cul-de-sac dural dans les formes anciennes de spondylarthrite ankylosante : troubles neurologiques sensitivomoteurs des MI, troubles génito-sphinctériens.

Sacro iliite bilatérale

Syndesmophytes thoracique

Colonne bambou

Épine calcanéenne (stade avancé de l'enthésopathie plantaire)